

AUS DER MEDIZINISCHEN KLINIK DES STADTSPITALS TRIEMLI, ZÜRICH
Direktion: Prof. Dr. U. P. HAEMMERLI

Arbeit unter der Leitung von Herrn Prof. Dr. A. L. BLUM

**Glanzverlust, Farbveränderungen und
erhöhte Lädierbarkeit der Speiseröhre:
Altersbedingte Normvarianten?**

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der Medizinischen Fakultät
der Universität Zürich

vorgelegt von

Hansjörg Franz Leu

von Zürich und Hohenrain LU

Genehmigt auf Antrag von Prof. Dr. A. Labhart
Zürich 1980

AUS DER MEDIZINISCHEN KLINIK DES STADTSPITALS TRIEMLI, ZÜRICH
Direktion: Prof. Dr. U. P. HAEMMERLI

Arbeit unter der Leitung von Herrn Prof. Dr. A. L. BLUM

**Glanzverlust, Farbveränderungen und
erhöhte Lädierbarkeit der Speiseröhre:
Altersbedingte Normvarianten?**

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der Medizinischen Fakultät
der Universität Zürich

vorgelegt von

Hansjörg Franz Leu

von Zürich und Hohenrain LU

Genehmigt auf Antrag von Prof. Dr. A. Labhart
Zürich 1980

Meiner Familie gewidmet



Erschienen in der Zeitschrift für Gastroenterologie Nr. 7, 16 (1978) 417-421.
Bewilligung zur vorzeitigen Publikation auf Antrag von Prof. Dr. A. Labhart.
Die Studie wurde vom Schweizerischen Nationalfonds zur Förderung der
wissenschaftlichen Forschung (Kredit Nr.: 3.158.0.77) unterstützt.

Glanzverlust, Farbveränderungen und erhöhte Lädierbarkeit der Speiseröhre: altersbedingte Normvarianten?

Von Hj. LEU

Zusammenfassung

Die Häufigkeit der drei endoskopischen Befunde Glanzverlust, Farbveränderung und erhöhte Lädierbarkeit ohne Epitheldefekte nimmt im Alter zu. Diese Befunde eignen sich nicht für die endoskopische Frühdiagnose einer Refluxösophagitis.

(Are loss of glistening of normal colour and increased friability normal aspects of the oesophagus in old age?)

Summary

Friability of the esophageal mucosa increases with old age. Old patients without esophageal disease also show loss of glistening and of the normal pink color of the mucosa. These findings on their own are therefore no signs of esophagitis.

Die endoskopischen Veränderungen der Refluxösophagitis, die den makroskopischen Epitheldefekten vorausgehen, sind nicht bekannt. Einige Autoren glauben, man könne eine Ösophagitis auch ohne Defekte diagnostizieren, andere Autoren bestreiten dies (1-6).

In einer früheren Studie konnte gezeigt werden (7), daß Glanzverlust, Abweichen von der zartrosa Farbe, der glatten Textur, den regelmäßigen Kapillaren und der scharfen Z-Linie sowie eine erhöhte Lädierbarkeit nicht als Frühzeichen (8, 9) einer Ösophagitis verwendet werden dürfen. Es ergab sich eine Häufung dieser Kriterien im hohen Alter. In der vorliegenden Arbeit wurde prospektiv untersucht, ob es sich dabei wirklich um unspezifische Altersveränderungen handelt. Die Resultate bestätigen und erweitern die damaligen Beobachtungen.

Patienten und Methoden

Zwischen dem 1. April 1975 und dem 31. Dezember 1976 wurden dem gastroenterologischen Labor der Medizinischen Klinik des Stadtspitals Triemli 1016 Patienten für eine obere Panendoskopie überwiesen. Davon wurden von der vorliegenden Studie Patienten mit folgenden Kriterien ausgeschlossen:

- eindeutige makroskopische Befunde (10) am Ösophagus wie Varizen, Ösophagustumoren, Fremdkörper, Divertikel, Erosionen, Ösophagusulzera, Zylinderzellmetaplasien, peptische Stenosen sowie Beläge und Blutungen, soweit nicht leicht abspülbar und nicht über blutender oder defekter Schleimhaut;

– Sodbrennen, saure Regurgitation oder Dysphagie.

Die nach dieser Selektion verbleibenden 314 Patienten konnten in folgende drei Gruppen eingeteilt werden:

Gruppe I:

Ösophagus, Magen und Duodenum normal oder Minimalbefunde, beispielsweise Artefakte, durchscheinende Blutgefäße oder lokalisierte Rötungen.

Gruppe II:

Im Magen und/oder Duodenum frische und/oder bereits vernarbte Ulzera.

Gruppe III:

Andere endoskopisch eindeutig pathologische Befunde in Magen und/oder Duodenum (Status nach Operation, Karzinome, Tumoren, Polypen etc.).

Durchführung der Endoskopie: Nach Rachenanästhesie mit Scandicain®-Spray (Nobelpharma) wurde Valium® (Roche) intravenös bis zum Auftreten von Dysarthrien verabreicht.

Zur Fiberendoskopie wurde das Olympus-GIF-D-Instrument verwendet. Unmittelbar nach der Endoskopie übertrugen die Untersucher ihre Beurteilung von Farbe, Glanz und Lädierbarkeit auf einen vorgedruckten Fragebogen.

Ergebnisse

Tabelle 1 zeigt die Häufigkeit der diskutierten Ösophagusbefunde in den Alters- und Diagnosegruppen. Dabei ergibt sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Diagnosegruppen, dagegen eine Zunahme der Häufigkeit im höheren Alter. In Abbildung 1 sind die drei Diagnosegruppen zusammengefaßt. Es zeigt sich einheitlich eine Zunahme aller Befunde mit zunehmendem Alter. Tabelle 2 zeigt die Häufigkeit der Kombinationen von 2 bzw. 3 Befunden am gleichen Patienten. Auch kombinierte Befunde sind im höheren Alter zunehmend häufig. Es wurde keine signifikante Beziehung der drei Befunde zu folgenden Diagnosen (11) gefunden: chronische Lungen-

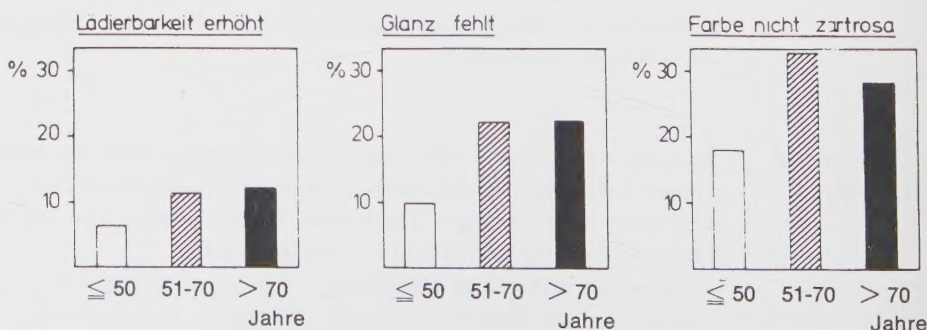


Abb. 1: Endoskopische Befunde im Ösophagus bei 111 unter 50jährigen, 104 50- bis 70jährigen und 99 über 70jährigen Patienten.

Tabelle 1: Häufigkeit von erhöhter Lädierbarkeit, fehlendem Glanz und Abweichen von der zartrosa Farbe in verschiedenen Alters- und Diagnosegruppen.

Endoskopische Diagnose in Magen/Duodenum	Endoskopischer Befund im Ösophagus	Anzahl Probanden Alter in Jahren		
		bis 50 (n = 111)	51-70 (n = 104)	über 70 (n = 99)
Normaler bzw. minimaler Befund	Lädierbarkeit erhöht, fehlender Glanz, nicht zartrosa	total 43	total 33	total 23
		2	3	4
		2	4	4
		4	8	6
Ulcus ventriculi und/oder duodeni	Lädierbarkeit erhöht, fehlender Glanz, nicht zartrosa	total 47	total 41	total 33
		0	4	2
		7	11	5
		11	15	9
Verschiedene andere Befunde	Lädierbarkeit erhöht, fehlender Glanz, nicht zartrosa	total 21	total 30	total 43
		5	5	3
		2	8	13
		5	11	13

Tabelle 2: Kombination der drei endoskopischen Kriterien in den Altersgruppen.

Anzahl vorhandener Kriterien	Anzahl Probanden Alter in Jahren		
	bis 50	51-70	über 70
0	81	62	53
1	23	19	27
2	5	18	15
3	2	5	4
total	111	104	99

krankheiten (20), chronische Niereninsuffizienz (13), chronische Polyarthrit (4), Leberzirrhose (20), Karzinom (29), Diabetes mellitus (42) und Hypertonie (18). Für die genannten Diagnosen ist von anderen Autoren ein Zusammenhang mit der Ulkuskrankheit vermutet worden.

Diskussion

Die Behauptung, daß Glanzverlust, Abweichen von der zartrosa Farbe und erhöhte Lädierbarkeit der Ösophagusschleimhaut als Frühzeichen einer Refluxösophagitis, eines Endobrachyösophagus (12-15) oder einer Candida-Ösophagitis (16-18) sind, konnte in

dieser Studie nicht bestätigt werden (Abb. 1, Tab. 1). Die Diagnose der Ösophagitis ist nur möglich, wenn sich endoskopisch eindeutige Epitheldefekte und/oder histologisch Granulozyteninfiltrate finden. Eine weitere Klassierung der endoskopisch diagnostizierten Ösophagitis nach 4 Schweregraden (9) ist empfehlenswert. In der vorliegenden Arbeit wurden alle Fälle ausgeschlossen, bei denen nach Abwaschen oder Wegschieben eines Belages eine spontan blutende Schleimhaut zum Vorschein kam. Auf diese Weise wurden wahrscheinlich alle Fälle mit Candida-Ösophagitis erfaßt. Falls neben Glanzverlust, Abweichen von der zartrosa Farbe und erhöhter Lädierbarkeit zusätzlich Beläge auf der Schleimhaut gefunden werden, sind Abstriche und Biopsien (15, 17, 18) aus den Belägen erforderlich.

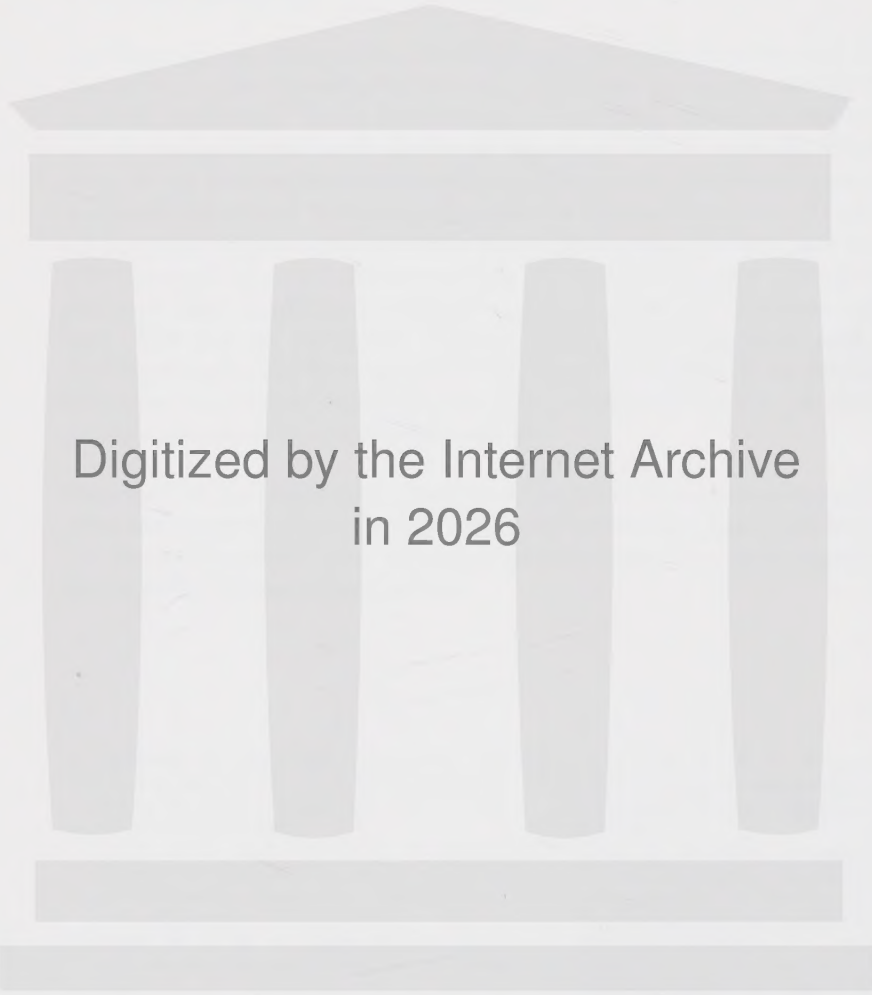
Die Häufung von Glanzverlust, Abweichen von der zartrosa Farbe und erhöhter Lädierbarkeit in den Altersklassen über 50 Jahren läßt sich in der vorliegenden Studie eindeutig nachweisen. Sie ist jedoch nicht so ausgeprägt wie in der früher an unserer Klinik durchgeführten Studie (7). In der damaligen Arbeit wurde die Häufung dieser Kriterien im Alter retrospektiv entdeckt, in dieser Arbeit prospektiv untersucht. Dabei waren die Untersucher in Kenntnis der früheren Befunde kritischer (19) und vor allem bei älteren Probanden zurückhaltender bei der Bewertung. Der Aussagewert der Studie wäre eventuell dadurch verbessert worden, daß die Erhebung der Befunde im Ösophagus durch einen Untersucher erfolgt wäre, der das Alter der Patienten nicht gekannt hätte. Dies war aus praktischen Gründen nicht möglich. Da jedoch auch bei großer Zurückhaltung bei der Bewertung eine Häufung (Abb. 1, Tab. 2) der erwähnten endoskopischen Kriterien mit zunehmendem Alter gefunden wurde, darf die Studie in ihrer jetzigen Form als schlüssig bezeichnet werden.

Interessant ist die Frage, inwieweit die endoskopischen Altersveränderungen der Speiseröhre mit dem bisher manometrisch definierten Presby-Ösophagus (20) assoziiert sind. Der Presby-Ösophagus kann sich möglicherweise sowohl in morphologischen als auch funktionellen Veränderungen äußern.

Literatur

- 1 Kobayashi, S., T. Kasugai: Endoscopic and biopsy criteria for the diagnosis of esophagitis with a fiberoptic esophagoscope. *Am. J. Dig. Dis.* 19 (1974) 345–352
- 2 Sladen, G. E., R.-H. Riddell, J. M. T. Wil-loughby: Oesophagoscopy, biopsy and acid perfusion test in diagnosis of »reflux-oesophagitis«. *Br. Med. J.* 1 (1975) 71–76
- 3 Dodds, W. J., W. J. Hogan, W. N. Miller: Reflux esophagitis. *Am. J. Dig. Dis.* 21 (1976) 49–67
- 4 Roesch, W.: Gastro-oesophageal reflux and hiatus hernia endoscopy. *Postgr. Med. J.* 50 (1974) 199–201
- 5 Strauch, M., G. Lux, R. Ottenjann: Die Refluxkrankheit. *Med. Klin.* 68 (1973) 1515–1518
- 6 Gibbs, D.: Endoscopy in the assesment of reflux oesophagitis. *Clin. in Gastroent.* 5 (1976) 135–142
- 7 Schüle, A., H. Brändli, S. Pelloni, H. R. Koelz, W. J. Pirozynski, A. L. Blum: Endoskopische Diagnose der Oesophagitis: Wo liegt die Grenze zum Normalen? *Dtsch. med. Wschr.* 102 (1977) 606–609
- 8 Ismail-Beigi, F., P. F. Horton, C. E. Pope II: Histological consequences of gastrooesophageal reflux in man. *Gastroenterol.* 58 (1970) 163–174
- 9 Savary, M., G. Miller: Endoskopische Befunde bei der Ösophagitis. In: Funktionsstörungen der Speiseröhre, R. Siewert, A. L. Blum, F. Waldeck, ed., Springer, Berlin-Heidelberg-New York, 1976, p 223–232
- 10 Würsch, P. G., H. Hess, K. Walser, H. R. Koelz, S. Pelloni, E. Vogel, P. Schmid, A. L. Blum: Die Epidemiologie des Ulcus duodeni in Zürich. *Dtsch. med. Wschr.* 103 (1978) 613–619
- 11 Seefeld, U., G. J. Krejs, R. E. Siebenmann, A. L. Blum: Esophageal histology in gastroesophageal reflux: morphometric findings in suction biopsies. *Am. J. Dig. Dis.* 22 (1977) 729–733
- 12 Paull, A., J. S. Trier, M. D. Dalton, R. C. Camp, P. Loeb, R. K. Goyal: The histologic spectrum of Barrett's esophagus. *New Engl. J. Med.* 295 (1976) 476–480
- 13 Mossberg, S. M.: The columnar lined esophagus (Barrett Symdome) – an acquired condition?

- Gastroenterol. 50 (1966) 671-676
- 14 Naef, A. P., M. Savary, L. Ozzello: Columnar-lined lower esophagus: An acquired lesion with malignant predisposition. The J. of Thoracic and Cardiovascular Surg. 70 (1975) 826-835
 - 15 Savary, M., G. Miller ed.: Der Ösophagus, Lehrbuch und endoskopische Atlas. Gassmann, Solothurn, 1977, p 120 ff
 - 16 Seelig, M. S.: The role of antibiotics in the pathogenesis of candida infections. Am. J. Med. 40 (1966) 887-917
 - 17 Friedmann, G., R. Tismer: Die Candida-Ösophagitis. Dtsch. med. Wschr. 23 (1968) 1141-1144
 - 18 Pelemans, W., G. Vantrappen: Esophageal Mycoses. In: Handbuch der Inneren Medizin, Teil 1, Springer, Berlin 1974, p 558-564
 - 19 Blackwell, B., S. S. Bloomfield, C. R. Buncher: Demonstration to medical students of placebo responses and non-drug factors. Lancet I (1972) 1279-1282
 - 20 Hollis, J. B., D. O. Castell: Esophageal function in elderly men. A new look at «presbyesophagus». Ann. Intern. Med. 80 (1974) 371-374



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41507201_0085

Curriculum vitae

Am 5. Januar 1954 wurde ich in Zürich als zweites von drei Kindern geboren. Hier besuchte ich die Primarschule und darauf die Mittelschule am Gymnasium Freuden-
berg. Die Matura Typ A absolvierte ich da im Herbst 1973. Anschliessend ergriff ich
an der Universität Zürich das Medizinstudium, das ich Ende 1979 mit dem eidge-
nössischen Staatsexamen abschloss. Mein weiteres Ausbildungsziel ist Allgemeine
Medizin FMH.

Ich danke Herrn Prof. Dr. A. L. Blum
für die stets entgegenkommende Leitung
dieser Arbeit.

